Bind all wrappers.
"F" Tracts 1695. (1)

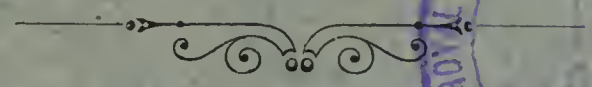
Отдѣльный оттискъ изъ Сборника трудовъ, посвященнаго Профессору Императорскаго Новороссійскаго Университета Д. П. Кишенскому въ день двадцатипятилѣтняго юбилея его научно-преподавательской дѣятельности.

Къ вопросу о ретроректальныхъ липомахъ.

(Съ 1 табл. рис.).

И. Е. Корнманъ.

Изъ патолого-анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго Университета: проф. Д. П. Кишенскій.



ОДЕССА
Тип. „Русской Рѣчи", Александровскій проспектъ, д. Покровской церкви.
1910

Отдѣльный оттискъ изъ Сборника трудовъ, посвященнаго Профессору Императорскаго Новороссійскаго Университета Д. П. Кишенскому въ день двадцатипятилѣтняго юбилея его научно-преподавательской дѣятельности.

Zur Frage über die retrorectalen Lipome

Къ вопросу о ретроректальныхъ липомахъ.

(Съ 1 табл. рис.).

И. Е. Корнманъ.

Dr. J. Kornman

Изъ патолого-анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго Университета: проф. Д. П. Кишенскій.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
OCT 13
LIBRARY

ОДЕССА
Тип. „Русской Рѣчи", Александровскій проспектъ, д. Покровской церкви.
1910

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS ENGLAND LIBRARY

Къ вопросу о ретроректальныхъ липомахъ.

И. Е. Корнманъ.

Изъ патолого-анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго Университета: профессоръ Д. П. Кишенскій.

Опухоли, состоящія преимущественно изъ жировой ткани, привлекаютъ интересъ практическаго врача главнымъ образомъ въ видѣ поверхностныхъ липомъ, являясь косметическимъ недостаткомъ, и діагносцируются и лечатся безъ особенныхъ затрудненій. Онѣ же являются наиболѣе изученными во всѣхъ отношеніяхъ. Иначе дѣло обстоитъ съ опухолями, расположенными въ глубинѣ. Здѣсь онѣ встрѣчаются значительно рѣже; теченіе ихъ представляетъ рядъ уклоненій отъ обычной картины, а діагнозъ и леченіе становятся трудными и подчасъ невозможными. Изъ этихъ глубокихъ жировыхъ опухолей наибольшій, особенно клиническій, интересъ представляютъ липомы такъ называемаго ретроперитонеальнаго пространства. Опухоли ретроперитонеальнаго пространства, т. е. пространства, ограниченнаго сверху діафрагмой, спереди заднимъ листкомъ пристѣночной брюшины, сзади позвоночникомъ, а внизу анатомической границы sensu stricto не имѣющаго, стали предметомъ обсужденія лишь въ сравнительно недавнее время. Злокачественныя образованія встрѣчаются въ немъ первично сравнительно очень рѣдко, доброкачественныя чаще, причемъ значительную часть ихъ составляютъ именно жировыя опухоли, липомы, какъ въ чистой формѣ, такъ и въ видѣ

липо-миксомъ или липо-миксо-фибромъ. Сперва эти опухоли, достигающія иногда громадной величины, обратили на себя вниманіе анатомовъ и первое описаніе принадлежитъ Morgagni, который въ 1779 году подробно привелъ случай, наблюденный Valsalva. Съ развитіемъ хирургіи онѣ начали подвергаться оперативному удаленію, и въ концѣ XIX столѣтія появился рядъ работъ, посвященныхъ выясненію какъ патолого-анатомическихъ, такъ и клиническихъ особенностей этихъ липомъ.

Однако до послѣдняго времени авторы не пришли къ окончательному соглашенію относительно того, какая должна быть точная анатомическая локализація опухолей ретроперитонеальнаго пространства. Въ то время какъ одни смотрятъ на вопросъ широко и считаютъ, что къ нимъ можно отнести всѣ опухоли, развивающіяся въ забрюшинной клѣтчаткѣ, гдѣ бы онѣ ни помѣщались, и причисляютъ сюда всѣ опухоли, развивающіяся подъ серозой кишекъ и между серозой брыжжеекъ, другіе признаютъ за опухолями названіе ретроперитонеальныхъ только при локализаціи въ строго анатомически ограниченномъ ретроперитонеальномъ пространствѣ. Наиболѣе опредѣленно высказался въ этомъ направленіи Hérisson. Онъ ретроперитонеальными липомами считаетъ лишь такія, которыя появились и разрослись позади задняго листка пристѣночной брюшины, впереди задней брюшной стѣнки. Эти опухоли, разрастаясь, могутъ отслоивать брюшину и раздвигать серозные листки брыжжейки кишекъ, но отличіемъ ихъ отъ опухолей брыжжейки и кишекъ всегда будетъ наличность главной опухолевой массы въ ретроперитонеальномъ пространствѣ. Наоборотъ, отсутствіе таковой является для Hérisson достаточнымъ, чтобы совершенно исключить изъ группы ретроперитонеальныхъ опухолей, напримѣръ, всѣ липомы брыжжеекъ, еще приведенныя въ классификаціи Adami. По той же причинѣ онъ исключаетъ и липомы малаго таза, имѣя при этомъ въ виду липомы широкихъ связокъ. Вполнѣ соглашаясь съ Hérisson относительно выдѣленія самостоятельныхъ кишечныхъ и брыжжеечныхъ жировыхъ опухолей въ отдѣльную, совершенно независимую группу, мы не считаемъ однако вопросъ этотъ окончательно рѣшеннымъ по отношенію къ липомамъ, локализирующимся въ забрюшинной клѣтчаткѣ малаго таза вообще и задняго отдѣла его въ частности.

Прежде всего установимъ точныя топографическія границы ретроперитонеальнаго пространства, являющіяся вмѣстѣ съ тѣмъ и предѣломъ роста его доброкачественныхъ опухолей.

Вверху діафрагма является надежной границей для роста этихъ опухолей, которыя въ большинствѣ случаевъ съ ней и не сращены. Лишь въ случаѣ Chavannaz липома давала продолженія въ грудную полость, одно — черезъ брешь въ грудобрюшной преградѣ, другое — черезъ аортальное отверстіе ея; но это наблюденіе исключительное. Внутрь, по направленію къ брюшной полости, ростъ опухолей связанъ съ отслоеніемъ задняго паріэтальнаго листка брюшины и раздвиганіемъ его дупликатуръ, что совершается довольно легко и объясняетъ частую находку среди листковъ брыжжейки продолженій липомы, симулирующихъ иногда первичныя опухоли брыжжейки. Будучи въ большинствѣ случаевъ несращенными съ брюшиной, липомы могутъ однако иногда прорастать ее и давать прочныя спайки съ внутрибрюшными органами, напримѣръ, съ тонкими кишками, червеобразнымъ отросткомъ, селезенкой и другими.

Сзади костякъ позвоночнаго столба и подвздошныхъ костей, а также плотныя мышцы задней брюшной стѣнки, квадратныя мышцы поясницы и подвздошно-поясничныя, покрытыя заднимъ листкомъ внутрибрюшной фасціи, являются тоже достаточной преградой для роста этихъ опухолей, начинающихъ обыкновенно разрастаться въ помѣщающейся здѣсь обильной клѣтчаткѣ. Установить точно мѣсто, изъ котораго онѣ исходятъ, трудно, часто невозможно; въ большинствѣ случаевъ это одна изъ поясничныхъ ямокъ, рѣже одна изъ подвздошныхъ или пространство впереди позвоночника.

По бокамъ и внизу опредѣленной анатомической перегородки, подобной указаннымъ выше границамъ, нѣтъ.

Сбоку ретроперитонеальныя опухоли могутъ распространяться по направленію къ передней стѣнкѣ живота въ подбрюшинной клѣтчаткѣ. Послѣдняя, представленная въ области задней брюшной стѣнки толстымъ слоемъ рыхлой жировой клѣтчатки между пристѣночной брюшиной и внутрибрюшной фасціей, кпереди дѣлается все тоньше и плотнѣе и въ области бокового края прямой мышцы живота сходитъ на нѣтъ, такъ что, напримѣръ, выше пупка внутрибрюшная фасція оказывается тѣсно спаянной съ брюшиной. Это постепенное уменьшеніе и уплотнѣніе подбрюшинной клѣтчатки достаточно объясняетъ малую склонность ретроперитонеальныхъ опухолей распространяться въ стороны.

Что касается нижней границы, то здѣсь существуетъ непосредственная связь съ подбрюшиннымъ пространствомъ малаго

таза, на которую ясно указываетъ Merkel: „Der subperitoneale Raum der Rückenwand des Bauches steht in unmittelbarem Zusammenhange mit dem subperitonealen Raume des kleinen Beckens“. Поэтому необходимо предварительно представить себѣ анатомическія отношенія подбрюшинной клѣтчатки въ маломъ тазу.

Изъ работъ послѣдняго времени выяснилось, что подбрюшинное пространство малаго таза (espace pelvi-souspéritonéal по Testut и Jacob) можно раздѣлить на пять вторичныхъ пространствъ: предпузырное, позадипузырное, предпрямокишечное, околопрямокишечное и позадипрямокишечное (ретроректальное), болѣе рѣзко выраженныхъ въ глубокихъ отдѣлахъ подбрюшиннаго пространства, а кверху между собою сливаюшихся. Наиболѣе обособленнымъ и впервые точно описаннымъ Quénu и Hartmann подъ именемъ loge rétrorectale является послѣднее, позадипрямокишечное, которое оказывается непосредственнымъ продолженіемъ ретроперитонеальнаго пространства и на первый взглядъ съ нимъ совершенно идентичнымъ, только лучше отграниченнымъ. Принципіальное отличіе состоитъ лишь въ томъ, что передней стѣнкой его является брюшина не на всемъ протяженіи, а лишь въ небольшой верхней части. Дѣло въ томъ, что брюшина на уровнѣ III или IV крестцовыхъ позвонковъ на мѣстѣ перехода сигмовидной кишки въ прямую покрываетъ только верхнюю часть передней поверхности прямой кишки, вся остальная часть которой одѣвается прямокишечной фасціей, пластинкой внутренняго листка тазовой фасціи.

Задняя стѣнка ретроректальнаго пространства соотвѣтствуетъ задней части стѣнки малаго таза, являясь непосредственнымъ продолженіемъ задней стѣнки ретроперитонеальнаго пространства. Она, по описанію Testut и Jacob, состоитъ изъ части стѣнки малаго таза, заключенной между обоими рядами переднихъ крестцовыхъ отверстій, и образована вогнутой поверхностью крестца и копчика, покрытой пристѣночнымъ листкомъ тазовой фасціи, прикрѣпляющимъ къ ней среднюю крестцовую артерію.

Боковая стѣнка образована фибрознымъ листкомъ пристѣночной тазовой фасціи, прикрѣпляющимъ къ боковой стѣнкѣ вогнутости крестца подчревные сосуды и ихъ развѣтвленія, и продолженіемъ его въ видѣ тонкаго фибрознаго листка, охватывающаго стволы средней прямокишечной артеріи и прикрѣпляющагося съ обѣихъ сторонъ къ боковой поверхности прямокишечной фасціи.

Нижнюю стѣнку образовываютъ мышцы, поднимающія задній проходъ, покрытыя тазовой фасціей.

Вверхъ клѣтчатка ретроректальнаго пространства переходитъ въ клѣтчатку между листками брыжжейки сигмовидной кишки и въ ретроперитонеальное пространство, то есть верхняя граница ретроректальнаго пространства совпадаетъ съ нижней границей ретроперитонеальнаго пространства. Желая изобразить это схематически, мы должны были бы представить себѣ двѣ отдѣльныя, сложенныя вмѣстѣ, полости, наполненныя рыхлой клѣтчаткой, со всѣхъ сторонъ замкнутыя, а въ серединѣ свободно переходящія одна въ другую, образуя такимъ образомъ, строго говоря, лишь одну большую полость. Практически однако мы должны оба эти пространства разграничивать по многимъ причинамъ. Во-первыхъ, ретроректальное пространство по строенію передней своей стѣнки не можетъ быть совершенно отождествлено съ ретроперитонеальнымъ; во-вторыхъ, они находятся другъ къ другу подъ угломъ, обусловленнымъ отклоненіемъ тазовой оси отъ оси тѣла; наконецъ, клинически эти области рѣзко отличаются одна отъ другой. На основаніи всѣхъ этихъ соображеній мы считали бы возможнымъ разсматривать ретроректальныя липомы въ связи съ липомами собственно ретроперитонеальнаго пространства, но какъ отдѣльный ихъ подвидъ.

Такъ какъ дѣленіе это было произведено сравнительно недавно, то въ литературѣ липомы ретроректальнаго пространства совершенно не отдѣлялись отъ таковыхъ ретроперитонеальнаго, тѣмъ болѣе, что первично онѣ, повидимому, встрѣчаются очень рѣдко.

Heinricius въ 1900 году совершенно не упоминаетъ о тазовыхъ липомахъ, а относительно ретроперитонеальныхъ пишетъ: „In einigen Fällen erstreckte sich der Tumor bis zum Becken hinab oder in dasselbe hinein“. (стр. 584).

Voelkler въ 1909 году приводитъ дѣленіе ретроперитонеальныхъ опухолей Lobstein'a, который еще въ 1829 году отграничилъ поясничныя отъ тазовыхъ, причемъ послѣднія, по его словамъ, вытягиваютъ брюшину вогнутости крестца и врастаютъ въ малый тазъ. Voelkler самъ, однако, примѣровъ подобной липомы не приводитъ и на стр. 170 пишетъ: „Sehr selten ist der Ursprung im Beckenbindegewebe“.

Французскіе авторы тоже, повидимому, пришли къ подобнымъ выводамъ, по крайней мѣрѣ, Hérisson въ 1909 году въ обстоятельной диссертаціи о ретроперитонеальныхъ липомахъ на стр. 29 говоритъ: „exceptionellement ils se rencontrent dans le bassin, s'implantant alors sur le sacrum“.

Chiari, напротивъ, въ своемъ докладѣ нѣмецкому патологическому обществу въ 1902 году, соглашаясь съ тѣмъ, что липомы въ маломъ тазу вообще слѣдуетъ считать рѣдкостью, считаетъ нахожденіе гиперплязіи жировой ткани, принимающей иногда видъ жировой опухоли, за явленіе частое, даже типическое, и строго локализированное въ позадипрямокишечномъ пространствѣ. Въ подтвержденіе своего мнѣнія, онъ для примѣра (als Paradigma) описываетъ два случая, данныя о которыхъ мы здѣсь же приведемъ.

Въ первомъ случаѣ мужчина 50 лѣтъ три мѣсяца болѣлъ дома, страдалъ отсутствіемъ аппетита, кровавой мочей, поносами, сильно исхудалъ и умеръ черезъ день по поступленіи въ больницу. Клиническій діагнозъ: Bronchitis, Pneumonia; Alcoholismus chronicus, Intumescentia hepatis, Icterus gradus levioris, Pachymeningitis haemorrhagica?, Delirium tremens, Nephritis chronica, Myodegeneratio cordis. На вскрытіи, произведенномъ 15 мая 1901 года, было найдено: крупозная пнеймонія нижней доли лѣваго легкаго, хроническій катарральный бронхитъ, циррозъ печени съ легкой желтухой, незначительная атрофія мозга съ утолщеніемъ внутреннихъ оболочекъ, хроническій катарръ желудка, хроническая Брайтова болѣзнь, камни желчнаго пузыря и старые, зажившіе одиночные бугорки лѣвой верхушки легкаго.

Подкожный жировой слой и подперикардіальный жиръ развиты очень плохо. Много жира было въ области живота, особенно въ жировой сумкѣ почекъ и въ брыжжейкѣ тонкихъ кишекъ. Позади прямой кишки въ вогнутости крестца клиновидное, состоящее изъ плотной соединительной ткани, рѣзко ограниченное образованіе, которое основаніемъ своимъ находилось на высотѣ мыса, внизу же оканчивалось на разстояніи около 6 cm. выше задняго прохода. Длина клина равна 12 cm., толщина въ области мыса—8 cm., а ширина тамъ же—7 cm. Въ области мыса отмѣчено глубокое поперечное вдавленіе въ опухоли. Выше мыса плотная жировая ткань продолжалась впереди поясничной части позвоночника еще на небольшомъ пространствѣ (5 cm.), затѣмъ довольно внезапно прекращалась и смѣнялась обычной, мягкой ретроперитонеальной жировой тканью. Прямая кишка была сильно уплощена и оттѣснена кпереди.

Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило жировую ткань съ значительною примѣсью волокнистой соединительной, много нервныхъ пучковъ и скопленій гангліозныхъ клѣтокъ и кое-гдѣ

разбросанныя незначительныя кучки лимфоцитовъ и небольшія лимфатическія железы.

Второй случай совершенно аналогиченъ описанному. Женщина 20 лѣтъ, съ діагнозомъ: Splenomegalia и Cirrhosis hepatis, подверглась вскрытію 16 ноября 1901 года.

Подкожный жировой слой и подэпикардіальная жировая ткань были и здѣсь развиты лишь незначительно, такъ же какъ и подбрюшинная жировая ткань. Лишь позади прямой кишки въ вогнутости крестца былъ найденъ мощный, плотный, рѣзко отъ окружающихъ частей отграниченный, жировой клинъ, узкій конецъ котораго находился на 4,5 cm. выше заднепроходнаго отверстія, а основаніе на высотѣ мыса. Основаніе клина равнялось въ поперечномъ и переднезаднемъ направленіяхъ 5 cm., длина его 8 cm. По направленію кверху плотная жировая ткань клина продолжалась впереди тѣлъ поясничныхъ позвонковъ еще на протяженіи 2—3 cm., а затѣмъ внезапно прекращалась, такъ что и здѣсь границу слѣдуетъ считать рѣзко очерченной. На разрѣзахъ среди жировой ткани клина видны были довольно толстыя соединительнотканныя перегородки, особенно около большихъ кровеносныхъ сосудовъ. Этому соотвѣтствовала и микроскопическая картина, гдѣ въ области плотной жировой ткани соединительной ткани оказалось значительно бóльше обыкновеннаго. Во многихъ мѣстахъ найдены были и здѣсь нервныя волокна, скопленія гангліозныхъ клѣтокъ, маленькія лимфатическія железы и кучки лимфоцитовъ. Никакихъ слѣдовъ воспаленія и пигментаціи найдено не было.

Описанныя жировыя образованія ретроректальнаго пространства Chiari, какъ нами выше было указано, считаетъ частыми, особенно у тучныхъ людей. Въ преніяхъ по поводу доклада Chiari его наблюденія были подтверждены Ponfick'омъ, который сообщилъ, что и онъ видалъ подобныя разрастанія пара- и ретроректальной жировой ткани, но всегда въ связи съ анемическимъ состояніемъ организма въ анамнезѣ.

Въ концѣ 1907 года прив.-доц. І. Ф. Пожарискому во время вскрытія случайно удалось констатировать подобныя отношенія и съ этого времени при вскрытіяхъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ Новороссійскаго Университета стали обращать особое вниманіе на количество жира въ маломъ тазу, причемъ оказалось, что жировыя опухоли ретроректальнаго пространства встрѣчаются далеко не часто. Именно на общее число

1300 вскрытій, произведенныхъ персоналомъ института за послѣдніе $2^1/_2$ года, кромѣ упомянутаго, удалось найти еще лишь два подобныхъ случая, такъ что въ нашемъ распоряженіи оказалось всего три случая, къ описанію которыхъ мы теперь и перейдемъ.

Случай I.

Исторія болѣзни (въ извлеченіи). А. Ш., чернорабочій, 48 лѣтъ, находился на излеченіи въ госпитальной терапевтической клиникѣ съ половины сентября 1907 года. 23 ноября больной былъ переведенъ въ XI палату одесской старой городской больницы. Изъ больничной исторіи болѣзни узнаемъ, что у больного въ клиникѣ опредѣлены были: міокардитъ, циррозъ печени, асцитъ и новообразованіе полости живота. Переведенъ въ хирургическое отдѣленіе больницы по поводу лѣвосторонняго воспаленія сосцевиднаго отростка и огромнаго натёчнаго нарыва на шеѣ.

Больной блѣденъ, крайне истощенъ, сосуды склерозированы, пульсъ слабый, мочи очень мало.

Въ тотъ же день подъ мѣстной анестэзіей кокаиномъ произведены были трепанація лѣваго сосцевиднаго отростка и вскрытіе гнойника на шеѣ.

Слѣдующіе два дня состояніе больного еще ухудшилось и 26 ноября въ 2 часа дня наступилъ летальный исходъ.

Протоколъ вскрытія. Вскрытіе произведено 27 ноября 1907 года въ прозекторскомъ кабинетѣ при одесской старой городской больницѣ прив.-доц. I. Ф. Пожарискимъ.

Клиническій діагнозъ: Myocarditis. Neoplasma abdominis. Cirrhosis hepatis. Mastoiditis suppurativa sinistra.

Анатомическій діагнозъ: Status post trepanationem processus mastoidei sin. propter mastoiditidem purulentam ante dies IV effectam. Pleuritis adhaesiva sin. cum calcificatione permagna. Cirrhosis hepatis chronica, Atrophia lobi dextri exquisita, Hypertrophia lobi sinistri. Perihepatitis chronica. Splenomegalia. Peritonitis chronica productiva. Peritonitis fibrinosopurulenta. Typhus abdominalis sanatus. Gastroenterocolitis catarrhalis chronica. Lipoma pelvis minoris, rectum comprimens.

Трупъ крайне истощеннаго человѣка. Подкожный жирный слой очень слабо развитъ. Въ грудной полости жидкости нѣтъ. Легкія плотно сращены съ грудной стѣнкой и діафрагмой. Плевра

значительно уплотнена и утолщена, сзади имѣются до того сильныя спайки съ грудной стѣнкой, что совершенно невозможно отдѣлить плевру руками. По вынутіи легкихъ оказалось, что сзади въ толщѣ плевры образовались широкія костныя бляшки, болѣе чѣмъ въ палецъ толщиной, на которыхъ замѣтны вдавленія прилегающихъ реберъ. Въ толщѣ паренхимы легкихъ нѣтъ никакихъ видимыхъ измѣненій; оба легкія нѣсколько отечны, правое больше, чѣмъ лѣвое. Сердечная сумка нѣсколько утолщена; сердце никакихъ отклоненій отъ нормы не представляетъ. Въ брюшной полости большое количество фибринозно-гнойнаго экссудата. Между кишечными петлями существуютъ плотныя соединительнотканныя спайки; петли кишечника очень трудно отдѣляются другъ отъ друга, особенно въ нижнемъ отдѣлѣ брюшной полости, гдѣ мочевой пузырь совершенно закрытъ соединительнотканными спайками. Такія же спайки имѣются и съ другими органами брюшной полости. Печень припаяна къ діафрагмѣ; сверху на ней замѣтны большія наслоенія уплотненнаго фибринознаго экссудата. Правая доля совершенно атрофирована, едва достигаетъ величины кулака ребенка. Лѣвая доля сильно гипертрофирована. Поверхность печени бугриста. На разрѣзѣ ткань ея малокровна, значительно уплотнена; макроскопически въ правой долѣ замѣчается почти полное исчезаніе печеночной ткани и замѣна ея соединительной, въ лѣвой же долѣ видно много соединительнотканныхъ прослоекъ. Селезенка рѣзко увеличена, разъ въ пять больше нормы, рѣзко деформирована, плотно сращена съ сосѣдними органами. На разрѣзѣ замѣчается сильная гиперплязія ткани и явленія венознаго застоя. Желудокъ спаянъ съ поперечной ободочной кишкой, очень малъ. Слизистая оболочка его истончена, рѣзко аспидно окрашена. Въ тонкихъ кишкахъ вездѣ замѣчается сильная пигментація Пейеровыхъ бляшекъ. Толстыя кишки на всемъ протяженіи сильно раздуты газами. Стѣнки ободочной кишки утолщены. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ аспидно окрашена. Слизистая прямой кишки сложена въ неправильныя, тѣсно примыкающія другъ къ другу, складки.

Сзади и сбоку прямой кишки имѣется сильно разросшаяся жировая клѣтчатка, занимающая все пространство вплоть до кости, значительно съуживающая просвѣтъ прямой кишки и образующая жировую опухоль. На разрѣзѣ она желтовато-бѣлаго цвѣта, плотна и неправильно дольчата.

Брыжжеечныя железы измѣненій не представляютъ. Поджелудочная железа нѣсколько атрофирована. Лѣвая почка измѣненій не представляетъ; въ правой явленія гидронефроза; правый мочеточникъ найденъ въ спавшемся состояніи. Въ мозгу измѣненій не найдено.

Макроскопическій препаратъ ретроректальной липомы къ сожалѣнію сохраненъ не былъ.

Микроскопическое изслѣдованіе произведено было прив.-доц. І. Ф. Пожарискимъ, который любезно предоставилъ намъ срѣзы изъ двухъ различныхъ мѣстъ опухоли. Одинъ препаратъ былъ сдѣланъ изъ середины опухоли, а въ другомъ взята опухоль вмѣстѣ съ прилегавшей стѣнкой прямой кишки.

Слизистая оболочка прямой кишки по поверхности некротизирована, въ глубокихъ частяхъ содержитъ кое-гдѣ круглыя клѣтки. Подслизистая оболочка нѣсколько утолщена, кое-гдѣ встрѣчаются отдѣльныя жировыя клѣтки. Много сосудовъ венознаго типа, содержащихъ кровь и кое-гдѣ окруженныхъ рѣдкимъ инфильтратомъ. Мышечная оболочка отклоненій отъ нормы не представляетъ. Къ мышечному слою, покрытому узенькой полосой рыхлой соединительной ткани, тѣсно примыкаетъ въ видѣ мощнаго пласта жировая ткань, раздѣленная рѣдкими соединительнотканными перегородками на дольки. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ перегородки имѣютъ волокнистое строеніе, въ другихъ онѣ состоятъ изъ болѣе молодыхъ элементовъ. Въ нихъ видны широкіе сосуды. Въ жировой массѣ тоже встрѣчаются наполненные кровью сосуды разнаго калибра, особенно много болѣе мелкаго. Стѣнки нѣкоторыхъ крупныхъ сосудовъ утолщены, intima гіалинизирована. Adventitia ихъ кое-гдѣ слизисто измѣнена. Вокругъ сосудовъ и въ жировой ткани во многихъ мѣстахъ скопленія круглыхъ клѣтокъ. Во всей жировой массѣ попадаются поперечные и косые разрѣзы нервныхъ стволиковъ. Калибръ жировыхъ клѣтокъ неодинаковый, наряду съ очень малыми попадаются значительно болѣе крупныя.

Изъ приведенныхъ данныхъ слѣдуетъ, что мы имѣемъ дѣло съ субъектомъ истощеннымъ, съ увеличенной селезенкой и циррозомъ печени. Изслѣдованіе показало почти полное уничтоженіе слизистой оболочки толстой кишки, охваченной сзади толстымъ слоемъ жировой клѣтчатки,

нормально здѣсь въ такомъ количествѣ не встрѣчающейся.

Случай II.

История болѣзни (въ извлеченіи). Е. В., крестьянка села Бакліали, Бендерскаго уѣзда Бессарабской губ., 15 лѣтъ, прибыла въ Одессу и 16 сентября 1909 г. поступила въ госпитальную хирургическую клинику съ жалобами на опухоль и сильныя боли въ области живота. Считаетъ себя больной три года, раньше ничѣмъ не болѣла. Паціентка единственная дочь; отецъ и мать здоровы. Больная блондинка небольшого роста, выглядитъ значительно старше своихъ лѣтъ (habitus старухи), сложенія правильнаго, питанія очень плохого. Кожа дрябла, суха; подкожный жировой слой очень слабо развитъ. Видимыя слизистыя оболочки очень блѣдны, лицо блѣдное, слегка обрюзгшее. Животъ выпяченъ, кожа живота растянута и напряжена, нижнія кожныя вены живота просвѣчиваютъ. Въ области дыхательныхъ органовъ отмѣчается выдохъ на правой верхушкѣ. Окружность живота на уровнѣ пупка — 75 cm. Въ нижнихъ частяхъ живота въ лежачемъ на спинѣ положеніи тупой звукъ, при поворачиваніи на бокъ тупость переходитъ на соотвѣтствующую сторону, въ верхнихъ же частяхъ появляется тимпаническій звукъ. Въ стоячемъ положеніи тупость ниже пупка, надъ ней тимпаническій звукъ. Въ верхнемъ отдѣлѣ живота констатируется громадное увеличеніе какъ печени, такъ, особенно, селезенки, причемъ оба увеличенныхъ органа такъ тѣсно соприкасаются, что ни перкуссіей, ни пальпаціей не удается точно отграничить одинъ отъ другого.

Менструацій еще не было, паціентка дѣвица. Стулъ нормальный, иногда смѣняется поносомъ, изслѣдованіе кала на туберкулезныя бациллы дало отрицательный результатъ. Мочеотдѣленіе незначительное, около 500 ccm. за сутки, моча нормальна. Въ крови констатируется рѣзкое уменьшеніе гемоглобина — 40 по скалѣ гематометра Fleischl'я. Красныхъ кровяныхъ шариковъ 2,900,000, бѣлыхъ 1120 въ одномъ куб. миллиметрѣ. Температура нормальна, въ предѣлахъ $36^0 8$—$37^0 4$.

17 октября 1909 г. произведена была splenectomia, причемъ были констатированы спайки сальника съ селезенкой и печенью. Удаленная селезенка была плотной консистенціи, сильно увеличена въ объемѣ и состояла изъ главной части и расположенной

влѣво круглой, какъ бы добавочной, доли. Общая длина—19 cm., ширина—12,5 cm., длина дуги по переднему краю—22 cm. Наибольшая толщина—7 cm. Длина и ширина добавочной доли по 5 cm. Вѣсъ селезенки—800 граммъ. Послѣ-операціонное теченіе осложнилось перитонитическими явленіями, кровавой рвотой, поносомъ, явленіями со стороны дыхательныхъ органовъ и 31 октября 1909 г. въ $4^1/_2$ часовъ утра послѣдовалъ летальный исходъ.

Протоколъ вскрытія. Вскрытіе произведено 1 ноября 1909 г. въ патолого-анатомическомъ институтѣ Новороссійскаго Университета прив. доц. І. Ф. Пожарискимъ. Протоколъ вскрытія за № 24/332.

Клиническій діагнозъ: Morbus Bantii. Infarctus haemorrhagicus pulmonis dextri. Pleuropneumonia dextra.

Анатомическій діагнозъ: Status post splenectomiam propter splenomegaliam ante dies XIV effectam. Thrombosis venae lienalis et per continuitatem venae portae. Peritonitis saccata purulenta hypochondrii sinistri, peritonitis fibrinosa recens. Pleuritis fibrinosa recens bilateralis. Varices oesophagi, inde haemorrhagia. Anaemia universalis. Oedema pulmonum. Degeneratio parenchymatosa et adipositas cordis et hepatis, degeneratio parenchymatosa renum. Uterus infantilis. Lipoma pelvis minoris. Adipositas mesenterii.

При внѣшнемъ осмотрѣ грудныя железы совершенно не развиты, волосъ на лобкѣ нѣтъ. На кожныхъ покровахъ живота, главнымъ образомъ въ предѣлахъ лѣвой поясничной области, линейный рубецъ длиною въ 30 cm. Подкожный жировой слой отсутствуетъ. Мышцы развиты слабо. Кости безъ измѣненій.

Въ брюшной полости въ лѣвомъ подреберьи ограниченное скопленіе густой сѣровато-желтой жидкости, количествомъ до одного литра. Скопленіе это ограничено справа печенью и желудкомъ, сверху и сзади діафрагмой, снизу рыхло спаянными петлями тонкихъ кишекъ и большимъ сальникомъ, а спереди и слѣва брюшной стѣнкой. На задней стѣнкѣ этого мѣшка на брюшинѣ пигментація и одиночные узловатые швы. На правой стѣнкѣ видна культя съ многочисленными лигатурами на сосудахъ. При отдѣленіи петель тонкихъ кишекъ другъ отъ друга выступаютъ капли густого желтаго гноя. Брюшина на остальныхъ тонкихъ кишкахъ покрыта тонкими фибринозными пленками. Въ грудной полости діафрагмальная поверхность лѣваго легкаго на всемъ протяженіи и боковая поверхность праваго легкаго мѣстами покрыты

нѣжными пленками. Сердце мало, клапаны его и эндокардій безъ измѣненій. Мышцы сердца желтаго цвѣта, рѣзко дряблы. Оба легкія малы, малокровны, отечны. Въ нижнемъ отдѣлѣ пищевода вены многочисленны, рѣзко расширены; въ одномъ мѣстѣ виденъ дефектъ стѣнки, величиною съ булавочную головку. Желудокъ содержитъ сгустки крови. Слизистая тонкихъ кишекъ на ограниченномъ участкѣ сѣро-краснаго цвѣта. Брыжжейка кишекъ и сальникъ очень богаты жиромъ, находящимся въ нихъ въ видѣ непрерывнаго пласта. Печень мала, безкровна. Поджелудочная железа мала. Селезенка отсутствуетъ. Просвѣтъ селезеночной вены начиная отъ культи закрытъ мягкими, крошковатыми, сѣровато-красными массами. Такія же массы видны и въ стволѣ воротной вены. Почки умѣренныхъ размѣровъ, на разрѣзѣ рѣзко малокровны. Корковый слой слегка набухшій. Матка мала, размѣровъ какъ у двухлѣтней дѣвочки, съ трудомъ прощупывается въ толщѣ широкихъ связокъ. Яичники и трубы соотвѣтственно мало развиты. Вѣсъ мозга 1138 гр., вещество его рѣзко малокровно. Слизистая оболочка прямой кишки атрофирована; на ней много полиповъ. Въ анальномъ концѣ довольно значительной величины варикозныя шишки. Заднія двѣ трети прямой кишки запаяны чрезвычайно плотнымъ слоемъ жира, выполняющимъ всю крестцовую впадину и находящимся съ крестцомъ въ плотной связи, такъ что отдѣленіе оказалось очень затруднительнымъ. Кверху, за мысомъ, плотный слой жира непрерывно продолжался по обѣ стороны позвоночника въ ретроперитонеальномъ пространствѣ въ видѣ идущихъ по направленію къ обѣимъ почкамъ двухъ симметрическихъ тяжей, терявшихся въ околопочечной клѣтчаткѣ и въ верхнихъ отдѣлахъ своихъ имѣвшихъ значительно болѣе мягкую консистенцію.

Жировая масса позади прямой кишки вынута въ связи съ органами малаго таза и сохранена въ музеѣ патолого-анатомическаго института подъ № 1609.

Микроскопическое описаніе препарата (см. рис. 1). Препаратъ представляетъ изъ себя органы малаго таза и наружные половые органы, вынутые съ сохраненіемъ связи между ними. Пузырь не вскрытъ, въ сокращенномъ состояніи, позади его находится рудиментарная матка съ придатками. Переднее и заднее Дугласовы пространства покрыты неизмѣненной брюшиной, изъ подъ которой во многихъ мѣстахъ просвѣчиваютъ желтыя жировыя массы. Въ задней части препарата находится прямая

кишка, обложенная по всей задней и обѣимъ боковымъ поверхностямъ плотной опухолевидной массой. Въ верхнемъ концѣ препарата продолженіе кишки отрѣзано. По передней поверхности по средней линіи стѣнка кишки совершенно свободна и просвѣчиваетъ, при чемъ видна taenia. Вверху свободная полоса шириною около 1,8 cm., книзу она постепенно съуживается. Размѣръ опухоли по задней периферіи ея справа налѣво (не считая части, прилегающей къ кишкѣ) равенъ въ наиболѣе широкомъ мѣстѣ въ верхнемъ отдѣлѣ 26 cm., а въ наиболѣе узкомъ мѣстѣ въ нижнемъ отдѣлѣ—22 cm. По краю опухоль рѣзко ограничена и окружена слоемъ рыхлой соединительной ткани.

Кишка съ окружающимъ ее опухолевиднымъ образованіемъ вскрыта сзади продольно по средней линіи. Опухоль состоитъ изъ главной задней массы, отдѣленной двумя симметричными продольными глубокими бороздами отъ части, прилегающей непосредственно къ задней стѣнкѣ прямой кишки и посылающей два боковыхъ отростка, охватывающихъ прямую кишку. На проведенномъ нами разрѣзѣ границы, соотвѣтствующей упомянутымъ боковымъ бороздамъ, не видно и мы имѣемъ передъ собою одну сплошную опухоль, имѣющую видъ клина длиною въ 16 cm., широкаго въ верхней части, постепенно съуживающагося книзу и въ видѣ тупо-закругленнаго конца прекращающагося на 3 cm. выше уровня задне-проходнаго отверстія. Наибольшая толщина опухоли на разрѣзѣ по средней линіи равна вверху 7,5 cm., наименьшая внизу—3,5 cm.

На разрѣзѣ опухоль оказывается рыхло связанной съ прямой кишкой, хруститъ, имѣетъ дольчатый видъ, желтаго цвѣта, плотной консистенціи и въ болѣе центральныхъ частяхъ дѣлается еще значительно болѣе плотной; кое-гдѣ имѣются небольшіе участки, болѣе блѣдно окрашенные и болѣе мягкой консистенціи. На всемъ протяженіи разрѣза ясно видны прослойки болѣе бѣлой плотной соединительной ткани, перекрещивающіяся иногда между собою; особенно обильны онѣ въ среднихъ частяхъ препарата. Кое-гдѣ видны перерѣзанные кровеносные сосуды.

Слизистая прямой кишки атрофирована, въ верхней части ея видны многочисленные полипы разной величины. Надъ задне-проходнымъ отверстіемъ видны геморроидальныя шишки.

Для микроскопическаго изслѣдованія было взято 3 кусочка изъ удаленной селезенки и 6 кусочковъ изъ разныхъ мѣстъ липомы таза, въ томъ числѣ и изъ части липомы вмѣстѣ съ прилегающей стѣнкой прямой кишки.

Въ ткани селезенки лишь малое количество Мальпигіевыхъ тѣлецъ. Почти всѣ трабекулы утолщены, причемъ отъ нихъ отходятъ тонкіе соединительнотканные отростки. Констатируется большое количество венсзныхъ сосудовъ, значительное ихъ расширеніе и кровенаполненіе безъ измѣненій въ стѣнкахъ. По близости ихъ имѣется кровь и среди ткани. Элементы пульпы представлены лишь въ маломъ количествѣ. Слизистая оболочка прямой кишки рѣзко инфильтрирована круглыми клѣтками. Эпителій въ железистыхъ трубкахъ слущенъ, многія клѣтки распадаются, кое-гдѣ между железистыми трубками замѣтно разрастаніе соединительной ткани. Подслизистый слой кое-гдѣ инфильтрированъ, содержитъ участки жировыхъ клѣтокъ, въ нѣкоторыхъ препаратахъ принимающіе видъ широкой полосы, идущей во всю длину кишки, съ частыми сосудами. Въ мышечномъ слоѣ внутренній слой втрое толще наружнаго; между мышечными участками идутъ прослойки соединительной ткани и сосуды разнаго калибра и видны кучки жировыхъ клѣтокъ, раздвигающія мышечные пучки. Мышечный слой покрытъ тоненькой полосой соединительной ткани, за которой начинается толстый слой жира, раздѣленнаго на дольки широкими полосами рыхлой волокнистой соединительной ткани, довольно богатой ядрами. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ эти соединительнотканные пучки состоятъ изъ далеко другъ отъ друга лежащихъ клѣточныхъ элементовъ, съ характеромъ слизистой ткани. Въ глубинѣ опухоли, наоборотъ, эти пучки состоятъ изъ очень плотной соединительной ткани. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ преобладаетъ жировая ткань, замѣтно болѣе значительное развитіе сосудовъ. Преимущественно по ходу сосудовъ и соединительнотканныхъ пучковъ, а также среди жировой ткани, видны различной величины гнѣзда, состоящія изъ одноядерныхъ мелкихъ клѣтокъ съ густо окрашивающимися ядрами. Жировыя клѣтки неравномѣрной величины; въ общей массѣ онѣ кажутся нѣсколько больше нормальныхъ, но наряду съ очень большими клѣтками, въ которыхъ ядра оттѣснены къ периферіи, попадаются таковыя очень малаго калибра. При окрашиваніи на эластическую ткань (по Weigert'у и Dürck-Weigert'у) видно, что жировой слой относительно богатъ эластическими волокнами, причемъ наибольшее число ихъ, расположенное преимущественно радіально къ кишкѣ, находится въ среднихъ частяхъ опухоли; въ отдѣлахъ, ближайшихъ къ кишкѣ и наиболѣе отъ нея отдаленныхъ, количество эластическихъ волоконъ сравнительно мало. Много эластическихъ воло-

конъ въ плотныхъ фиброзныхъ перегородкахъ долекъ и кругомъ сосудовъ. Кромѣ этого констатируются въ разныхъ мѣстахъ нервные узлы съ пигментированными гангліозными клѣтками, пучки нервныхъ волоконецъ, лимфатическіе фолликулы разной величины, лимфатическія железы и сосуды разнаго калибра.

Изъ приведенныхъ данныхъ слѣдуетъ, что дѣло идетъ о молодомъ истощенномъ субъектѣ съ врожденными малыми органами, съ гипопластическимъ развитіемъ полового аппарата и съ увеличеніемъ селезенки, микроскопически давшей картину splenitis fibrosa chronica. Въ отрѣзкѣ прямой кишки, прилегающемъ къ опухоли, старый катарръ съ рѣзкой атрофіей слизистой оболочки. Вся кишка сзади запаяна въ толстый слой жировой клѣтчатки, нормально здѣсь въ такомъ количествѣ не встрѣчающейся.

Случай III.

Исторія болѣзни. (въ извлеченіи). М. Г., одесскій мѣщанинъ, 16 лѣтъ, постоянно живущій въ Одессѣ, по профессіи маляръ, поступилъ 13 января 1910 г. въ одесскую еврейскую больницу по поводу внезапно наступившаго обильнаго кишечнаго кровотеченія. До этого момента считалъ себя здоровымъ и былъ вполнѣ трудоспособнымъ.

Больной удовлетворительнаго питанія. Кожные покровы и видимыя слизистыя блѣдны. Со стороны легкихъ и сердца ничего ненормальнаго. Селезенка увеличена; печень не прощупывается. Моча нормальна.

15-го и 16-го января была обильная кровавая рвота, появилась рѣзкая слабость; общее состояніе стало весьма тяжелымъ.

17-го января въ 3 часа дня наступилъ летальный исходъ при явленіяхъ отека легкихъ и сердечной слабости.

Протоколъ вскрытія. Вскрытіе произведено 18-го января 1910 г. въ одесской еврейской больницѣ прив.-доц. І. Ф. Пожарискимъ.

Клиническій діагнозъ: Ulcus ventriculi, Cirrhosis hepatis, atrophica (?).

Анатомическій діагнозъ: Cirrhosis hepatis atrophica. Hyper-

trophia et hyperplasia lienis. Varices oesophagi. Ruptura varicis, inde haemorrhagia. Anaemia universalis. Lipoma pelvis minoris.

Трупъ мужчины плохого питанія. Діафрагма справа на IV ребрѣ, слѣва на V ребрѣ. Лѣвое легкое приращено въ нижней долѣ; правое свободно; оба рѣзко отечны. Сердце мало, безъ особенныхъ измѣненій, аорта узка. Печень мала, поверхность ея мелко и равномѣрно зерниста, рѣзко плотна, бураго цвѣта. Селезенка велика; капсула ея морщиниста, ткань на разрѣзѣ плотна, мясиста, блѣдно-краснаго цвѣта. Почки малы; капсула снимается легко, ткань плотна, ціанотична. Въ пищеводѣ въ средней и нижней третяхъ его находятся сильно расширенныя вены, видныя въ подслизистой ткани въ формѣ продольныхъ синихъ полосъ, слегка выступающихъ надъ поверхностью пищевода. На мѣстѣ перехода пищевода въ желудокъ расположены два синихъ узелка, надъ однимъ изъ которыхъ небольшое отверстіе, почти правильной круглой формы. Желудокъ малъ, слизистая его складчата, покрыта сѣрой слизью; въ двѣнадцатиперстной и въ тонкихъ кишкахъ слизистая сѣраго цвѣта покрыта вязкою слизью. Въ толстыхъ кишкахъ каловыя массы кофейнаго цвѣта, въ прямой—тоже. Въ анальномъ концѣ прямой кишки небольшія геморроидальныя шишки. Между прямой кишкой и крестцомъ расположена толстая жировая масса въ видѣ клина, узкій конецъ котораго пальца на три не доходитъ до заднепроходнаго отверстія. Выше прямой кишки, по выходѣ изъ полости малаго таза, эта масса дѣлится на два симметрическихъ тяжа, продолжающихся кверху въ ретроперитонеальномъ пространствѣ по обѣ стороны позвоночника по направленію къ почкамъ и въ верхнихъ отдѣлахъ своихъ представляющихся значительно болѣе мягкими. При отдѣленіи оказалось, что часть жировой массы, прилегавшая къ крестцу, очень плотно спаяна съ нимъ.

Жировая масса позади прямой кишки вынута въ связи съ органами малаго таза и сохранена въ музеѣ патолого-анатомическаго института подъ № 1610.

Макроскопическое описаніе препарата (см. рис. 2). Препаратъ представляетъ изъ себя органы малаго таза, вынутые съ сохраненіемъ связи между ними. Спереди видны мочевой пузырь и верхній отдѣлъ мочеиспускательнаго канала, вскрытые по передней стѣнкѣ, и предстательная железа. Видимыхъ измѣненій эти органы не представляютъ. Съ обѣихъ сторонъ замѣтны выступающіе на препаратѣ, находящіеся въ рыхлой клѣтчаткѣ, моче-

точники. Затѣмъ видно пузырно-прямокишечное углубленіе, выстланное неизмѣненной брюшиной. Въ задней части препарата находится прямая кишка, обложенная по всей задней и обѣимъ боковымъ поверхностямъ плотной, опухолевидной массой. По передней поверхности стѣнка кишки свободна. Окружность опухоли по задней периферіи ея справа на лѣво (за исключеніемъ передней части, прилежащей къ кишкѣ) въ наиболѣе широкомъ мѣстѣ, вверху, равна 14 cm., а въ наиболѣе узкомъ мѣстѣ, внизу, равна 10 cm. Кишка съ окружающимъ ее опухолевиднымъ образованіемъ вскрыта сзади продольно по средней линіи. Опухоль имѣетъ клинообразную форму съ нижнимъ закругленнымъ концомъ, находящимся на 4,5 cm. выше заднепроходнаго отверстія. Длина имѣющагося въ препаратѣ отрѣзка равна 15 cm. Толщина опухоли по средней линіи равна 4 cm. По краю она рѣзко ограничена и окружена слоемъ рыхлой соединительной ткани. На разрѣзѣ опухоль связана съ прямой кишкой рыхлой клѣтчаткой, хруститъ, имѣетъ дольчатый и салоподобный видъ, желтаго цвѣта, плотной консистенціи и пронизана соединительнотканными бѣлаго цвѣта очень плотными прослойками разной величины, иногда перекрещивающимися между собою. Нижняя часть опухоли на протяженіи 3 cm. въ значительно болѣе плотной связи со стѣнкой прямой кишки; здѣсь же ткань опухоли нѣсколько темнѣе, сѣрѣе по окраскѣ. Кое-гдѣ видны перерѣзанные кровеносные сосуды. При разсматриваніи препарата на свѣтъ, кишка, какъ уже указано выше, свободна отъ опухоли по передней своей поверхности, причемъ и эта часть кишечной стѣнки имѣетъ также ясную клиновидную форму, вершиной обращенную внизъ. Слизистая прямой кишки съ поперечными, не совсѣмъ правильными складками. Надъ заднепроходнымъ отверстіемъ видны геморроидальныя шишки.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты кусочки изъ печени и селезенки и 5 кусочковъ изъ разныхъ мѣстъ липомы таза, въ томъ числѣ и кусочки опухоли вмѣстѣ съ прилегающей стѣнкой прямой кишки.

Въ ткани селезенки Мальпигіевы тѣльца попадаются лишь очень рѣдко, зато видно громадное количество толстыхъ соединительнотканныхъ тяжей. Пульпа склерозирована. Нѣкоторыя трабекулы рѣзко пигментированы желтовато-бурымъ пигментомъ. Мѣстами застой крови, особенно подъ капсулой, которая нѣсколько утолщена. Развитія эластической ткани не видно.

Въ ткани печени разрастаніе междольковой соединитель-

ной ткани, богатой широкими капиллярными сосудами и желчными протоками. Кое-гдѣ кровоизліянія въ соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ незначительное сдавленіе печеночныхъ балокъ, кое-гдѣ ядра вакуолизированы. Въ отдѣльныхъ мѣстахъ встрѣчается круглоклѣточный инфильтратъ.

Слизистая оболочка прямой кишки нѣсколько инфильтрирована круглыми клѣтками. Эпителій железистыхъ трубокъ во многихъ мѣстахъ плохо красится; трубки растянуты слизью. Въ подслизистой ткани видны жировыя клѣтки, а также значительное количество расширенныхъ сосудовъ. Въ мышечномъ слоѣ капилляры рѣзко расширены и наполнены кровью, въ нѣкоторыхъ препаратахъ наружный мышечный слой раздвинутъ тяжами жировыхъ клѣтокъ, идущими иногда вмѣстѣ съ сосудами. Мышечный слой отдѣляется отъ жировой массы широкой полосой рыхлой соединительной ткани. Жировая масса ясно дольчата, раздѣлена толстыми и тонкими соединительнотканными тяжами, которые въ нѣкоторыхъ мѣстахъ пріобрѣтаютъ гомогенный видъ. Жировыя клѣтки особенностей не представляютъ, многія изъ нихъ нѣсколько больше нормы. Въ жировой ткани повсюду бросается въ глаза большое количество кровеносныхъ сосудовъ, особенно капиллярнаго типа, рѣзко наполненныхъ кровью. Кое-гдѣ незначительныя кровоизліянія. Многіе сосуды сравнительно мелкаго калибра имѣютъ очень толстыя стѣнки, иногда гіалинизированныя. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ видны въ сосудахъ скопленія лейкоцитовъ и бѣлые тромбы. Кругомъ многихъ сосудовъ разнаго калибра и среди жировой ткани довольно часто попадаются гнѣзда круглоклѣточнаго инфильтрата. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны лимфатическіе узелки изъ молодыхъ круглыхъ клѣтокъ съ яснымъ центромъ размноженія; между этими клѣтками много жировыхъ клѣтокъ; капсулы нѣтъ. Наряду съ этими, не совсѣмъ типическими железами, встрѣчаются и типическія лимфатическія железы. Нервные элементы попадаются въ незначительномъ количествѣ.

Въ описанномъ случаѣ дѣло также идетъ о рѣзко исхудавшемъ молодомъ человѣкѣ, страдавшемъ, какъ видно изъ макро—и микроскопическаго описанія спленомегаліей съ характеромъ splenitis chronica fibrosa и атрофическимъ циррозомъ печени. Прямая кишка существенныхъ измѣненій, если не считать явленій хроническаго катарра, не представляетъ, за исключеніемъ наличности тол-

стаго слоя жировой клѣтчатки, нормально здѣсь въ такомъ количествѣ не наблюдающейся.

Сопоставляя для краткости одновременно оба случая, приведенные по описанію Chiari, и вышеизложенные собственные три случая, мы приходимъ къ заключенію, что всѣ пять случаевъ почти идентичны, представляя отклоненія лишь въ деталяхъ. Во всѣхъ мы имѣемъ дѣло съ громаднымъ скопленіемъ жировой ткани въ позадипрямокишечномъ пространствѣ. Въ четырехъ случаяхъ опухоль не ограничивалась предѣлами малаго таза, но давала отростки въ ретроперитонеальное пространство, въ первомъ случаѣ Chiari на 5 cm., во второмъ на 2—3 cm. выше мыса; въ первомъ нашемъ случаѣ указаній на это въ протоколѣ вскрытія не имѣется, во второмъ же отмѣчены симметрическія непрерывныя продолженія жировой массы, терявшіяся въ околопочечной клѣтчаткѣ; наконецъ, въ третьемъ нашемъ случаѣ также имѣлись симметрическіе тяжи, продолжавшіеся кверху по направленію къ почкамъ. Разница лишь въ томъ, что въ случаяхъ Chiari продолженіе опухоли отмѣчено по средней линіи, въ нашихъ же случаяхъ оно было симметричнымъ, идущимъ по обѣ стороны позвоночника. Во всѣхъ пяти случаяхъ клиническія явленія отсутствовали и жировая опухоль оказывалась случайной находкой при вскрытіи. Характернымъ является то обстоятельство, на которое обратилъ вниманіе еще Ponfick, что подобныя разрастанія жировой ткани вообще сопутствуютъ анемическому состоянію организма при жизни больныхъ. Просматривая приведенныя исторіи болѣзни и протоколы вскрытій, мы дѣйствительно убѣждаемся, что во всѣхъ пяти случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ людьми рѣзко истощенными послѣ сильныхъ кровотеченій, послѣ операцій или послѣ хроническихъ болѣзней.

Наряду съ этимъ бросается въ глаза то, что во всѣхъ пяти случаяхъ большія железы брюшной полости оказываются сильно измѣненными. Въ первомъ случаѣ Chiari отмѣчено Cirrhosis hepatis, во второмъ—Cirrhosis hepatis, Splenomegalia, въ первомъ нашемъ случаѣ—Cirrhosis hepatis chronica, Splenomegalia; во второмъ случаѣ—Splenomegalia и въ третьемъ—Cirrhosis hepatis, Splenomegalia.

Что касается микроскопической картины, то она въ главныхъ чертахъ одинакова; разница лишь въ томъ, что Chiari въ своихъ случаяхъ, несмотря на присутствіе разбросанныхъ кучекъ лимфоцитовъ, отрицаетъ наличность даже слѣдовъ воспале-

нія; въ нашихъ же случаяхъ наличность этихъ гнѣздъ по ходу сосудовъ можетъ разсматриваться какъ признакъ, правда, неясныхъ, хроническихъ воспалительныхъ явленій.

Явное преобладаніе въ одномъ мѣстѣ жировыхъ массъ въ необычномъ количествѣ, далеко превышающемъ понятіе о гиперплазіи ткани, въ связи съ данными микроскопическаго анализа даетъ намъ право называть эти массы новообразованіемъ, липомой. Локализація липомъ въ ретроректальномъ пространствѣ, границы котораго онѣ, какъ опухоли доброкачественныя, не нарушаютъ, естественно заставляетъ насъ обозначить ихъ точнѣе, какъ липомы ретроректальнаго (позадипрямокишечнаго) пространства. Наличность отростковъ въ ретроперитонеальное пространство въ связи съ анатомической нераздѣльностью ретроректальнаго и ретроперитонеальнаго пространствъ, даетъ намъ возможность считать ихъ подвидомъ ретроперитонеальныхъ липомъ тѣмъ болѣе, что упомянутое различіе въ направленіи тяжей выше мыса какъ нельзя лучше подходитъ къ классификаціи Witzel'я, который различалъ латерально-ретроперитонеальныя отъ медіально-ретроперитонеальныхъ опухолей. Какъ нами указано было въ началѣ, ретроректальныя липомы, какъ самостоятельный подвидъ, до послѣдняго времени отдѣлялись не строго, что объясняется еще и тѣмъ, что въ большинствѣ случаевъ наблюдалась обратная картина: ретроперитонеальныя опухоли давали отростки въ ретроректальное пространство. Въ одномъ случаѣ Péan'a оба пространства оказались настолько заполненными, что выяснить, въ которомъ изъ нихъ началось разрастаніе жировыхъ массъ, представлялось невозможнымъ. Просматривая описанія случаевъ ретроперитонеальныхъ липомъ, мы обычно не находимъ точнаго описанія отношенія ихъ къ тазовой подбрюшинной клѣтчаткѣ, а встрѣчаемъ лишь краткія указанія: опухоль спускалась въ малый тазъ, опухоль давала продолженія въ малый тазъ и г. п..

Нѣтъ сомнѣнія въ томъ, что наряду съ разсмотрѣннымъ нами позадипрямокишечнымъ тазовымъ подвидомъ ретроперитонеальныхъ липомъ мы могли бы въ подбрюшинной клѣтчаткѣ малаго таза отграничить и другіе подвиды по числу описываемыхъ здѣсь пространствъ. Однако наиболѣе тѣсно связаннымъ съ ретроперитонеальными липомами является безусловно только ретроректальный подвидъ ихъ.

Прежде чѣмъ перейти къ вопросу объ этіологіи этихъ обра-

зованій, мы приведемъ вкратцѣ свѣдѣнія объ описанныхъ въ литературѣ липомахъ, имѣющихъ отношеніе къ интересующимъ насъ опухолямъ. При этомъ мы главнымъ образомъ будемъ придерживаться казуистики, собранной въ работахъ Heinricius'a, Voelckler'a и Hérisson, такъ какъ ознакомиться съ подлинниками большею частью оказалось невозможнымъ. Цѣлый же рядъ случаевъ, относительно которыхъ въ указанныхъ трудахъ не упоминается о связи опухоли съ тазовой клѣтчаткой, нами поэтому не могъ быть использованъ.

Для удобства мы отдѣленныя нами случаи распредѣлили въ нѣсколькихъ группахъ.

I. Къ первой группѣ мы причислили тѣ жировыя опухоли, которыя локализировались исключительно въ ретроректальномъ пространствѣ, и такихъ нашли лишь двѣ и тѣ смѣшаннаго типа. Это опухоли, описанныя Buth'омъ и Kay'емъ.

1. Въ случаѣ Buth'a у паціента 42 лѣтъ, больного 3 года, была распознана ретроректальная опухоль. Во время операціи, произведенной Роттеромъ, опухоль оказалась лежащей на мускулѣ, поднимающемъ задній проходъ, и располагалась по задней и лѣвой боковой стѣнкамъ прямой кишки, доходя до мыса, будучи заключенной въ капсулѣ, тѣсно спаянной съ мускульнымъ слоемъ прямой кишки. Больной на девятый день послѣ операціи умеръ отъ кровотеченія изъ язвъ двѣнадцатиперстной кишки.

На вскрытіи отмѣчено: общая блѣдность покрововъ и органовъ, значительное отложеніе жира въ подкожной клѣтчаткѣ, подъ эпикардіемъ, въ сальникѣ, около почекъ и въ части стѣнки мочевого пузыря, обращенной къ брюшинѣ. Опухоль имѣетъ видъ овоида, сплющеннаго спереди назадъ; длина—19 cm., наибольшая окружность—20,5 cm., діаметръ—7,75 cm.; консистенція въ разныхъ мѣстахъ неодинаковая; цвѣтъ желтовато-сѣро-красный. Микроскопическій діагнозъ: fibrolipomyxoma. Отмѣчается богатство сосудами и обильныя кровоизліянія. Очень много миксоматозной субстанціи, которая, по предположенію автора, быть можетъ появилась вслѣдствіе миксоматозной дегенераціи опухолевидно разросшихся жировыхъ массъ, нормально встрѣчающихся въ spatium perirectale.

Въ диссертаціи (1904) Buth отмѣчаетъ, что подобной ретроректальной опухоли онъ въ литературѣ найти не могъ.

2. Второй случай описанъ Kay'емъ въ 1908 году. Приводимъ его по реферату.

У мальчика 4-хъ лѣтъ внезапно появились боли внизу живота и задержаніе мочи. Произведенное чревосѣченіе показало наличность плотной опухоли, величиной въ большой апельсинъ, исходившей отъ передней поверхности вогнутости крестца и отодвинувшей впередъ прямую кишку и мочевой пузырь. Опухоль была удалена и микроскопически оказалась fibrolipoma. Мальчикъ выздоровѣлъ.

II. Ко второй группѣ мы отнесли случай Péan'a, гдѣ опухоль занимала какъ ретроперитонеальное, такъ и ретроректальное пространства. У женщины 50 лѣтъ опухоль росла уже два года. Было произведено чревосѣченіе (1876) со смертельнымъ исходомъ на десятый день. Опухоль была прикрѣплена съ правой стороны вдоль всей поясничной части позвоночника и была тѣсно сращена съ крестцомъ, спускаясь вдоль правой стороны сигмовидной и прямой кишекъ. Вѣсъ удаленной массы былъ 12 килограммъ.

III. Къ третьей группѣ мы причислили тѣ ретроперитонеальныя опухоли, относительно которыхъ указано на продолженіе ихъ въ малый тазъ, причемъ исключены тѣ случаи, когда опухоль спускалась въ передніе отдѣлы малаго таза.

1. Въ случаѣ Pick'a у мужчины 36 лѣтъ опухоль росла 9 мѣсяцевъ при постепенномъ истощеніи паціента. Вскрытіе (1869) показало, что опухоль спускалась въ малый тазъ, вѣсила 13 килограммовъ и состояла вся изъ жировой ткани.

2. Во второмъ случаѣ Homans'a у женщины 60 лѣтъ опухоль особенно быстро разрасталась послѣдніе 6 мѣсяцевъ. Операція (1872) дала смертельный исходъ. Опухоль оказалась чистой липомой, вѣсила 35 фунтовъ и почти совершенно заполняла малый тазъ.

3. Въ случаѣ Tillmann'a у женщины 28 лѣтъ опухоль росла сперва медленно, а затѣмъ болѣе скоро при общемъ исхуданіи больной. Произведено было чревосѣченіе (1889), причемъ оказалось, что новообразованіе продолжалось въ малый тазъ между листками брыжжейки сигмовиднаго отдѣла толстыхъ кишекъ. Удаленныя массы вѣсили 10 килограммовъ. Микроскопически найдено частью lipoma, частью myxoma fibromatosum. Черезъ годъ редицивъ.

4. Въ случаѣ Belkowsky у женщины 46 лѣтъ во время операціи (1891), произведенной Roux, найдены были три внутрибрюшинныя опухоли, изъ которыхъ одна, оказавшаяся липомой,

была расположена между листками брыжжейки сигмовидной кишки и имѣла продолженіе въ малый тазъ.

5. Въ случаѣ Terrier et Guillemain у женщины 40 лѣтъ уже 12 лѣтъ существовала внутрибрюшная опухоль. Послѣ чревосѣченія (1892) смерть на восьмой день. Вскрытіе показало, что опухоль занимала $^3/_4$ живота, исходила изъ клѣтчатки подвздошной и поясничной областей и давала подвижное продолженіе въ малый тазъ, оттѣснивъ мочеточникъ и придатки влѣво.

6. Въ случаѣ Kouwer'a молодой человѣкъ 26 лѣтъ подвергся чревосѣченію (1893), причемъ оказалось, что липома простиралась въ малый тазъ. Паціентъ выздоровѣлъ.

7. Въ случаѣ Dalziel'я у мальчика 8 лѣтъ опухоль росла съ двухлѣтняго возраста. Послѣ чревосѣченія (1897) смертельный исходъ. Опухоль оказалась чистой липомой, сращенной съ позвоночникомъ и простиравшейся отъ крестца до діафрагмы.

8. Въ случаѣ Lejars'a у женщины 52 лѣтъ при чревосѣченіи найдено двѣ опухоли; изъ нихъ одна располагалась въ брыжжейкѣ сигмовидной кишки и спускалась глубоко внизъ въ малый тазъ по обѣ стороны прямой кишки. Смертельный исходъ на одиннадцатый день послѣ операціи (1898). Микроскопически опухоль оказалась myxolipoma.

9. Въ случаѣ Johnstone у женщины 35 лѣтъ опухоль, удаленная чревосѣченіемъ (1904), вѣсила 4100 граммовъ, простиралась отъ діафрагмы въ малый тазъ и оказалась fibrolipoma.

10. Въ случаѣ Marek'a у женщины 27 лѣтъ опухоль, удаленная чревосѣченіемъ (1909), вѣсила 6500 граммовъ, лежала слѣва отъ средней линіи и переходила внизъ въ малый тазъ, имѣя на внутренней своей сторонѣ нижнюю часть нисходящей толстой кишки, сигмовидную кишку и верхнюю часть прямой кишки. Микроскопически она оказалась lipofibroma, кое-гдѣ саркоматозно перерожденная. Паціентка выздоровѣла.

Кромѣ этихъ, болѣе типическихъ случаевъ, отмѣтимъ еще наблюденія, въ которыхъ тоже упоминается о томъ, что ретроперитонеальная липома имѣла отношенія къ малому тазу. Это случаи Madelung, Lauwers, Roux, Josephson, Schiller, Laroyenne и Wiglesworth, подробно приведенные у Heinricius'a, случай Büttner, приведенный у Voelckler'a и случаи Dreschfeld и Adami et Gardner, приведенные въ диссертаціи Hérisson.

Сопоставивъ такимъ образомъ скудныя литературныя дан-

ныя о ретроректальныхъ липомахъ и близкихъ къ нимъ образованіяхъ, перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію ихъ этіологіи.

Липомы вообще уже со времени Virchow'a считались типическими представителями новообразованій и, въ виду удобства ихъ изученія, вызвали массу работъ, посвященныхъ выясненію, какъ ихъ сущности, такъ и спеціально ихъ происхожденія. Но подобно тому, какъ выясненіе вопроса объ этіологіи опухолей вообще пока къ опредѣленнымъ результатамъ не привело, такъ и для объясненія развитія липомъ разные авторы приводятъ самыя разнообразныя предположенія.

Virchow считаетъ липому гиперпластической опухолью, происходящей изъ предсуществующей жировой ткани и цитируетъ Morgagni, который называетъ её excrescentia membranae adiposae. Большія липомы, по мнѣнію Virchow'a, всегда истинныя новообразованія, причемъ въ основѣ появленія жировой опухоли должна лежать мѣстная причина. Для успѣшнаго дѣйствія этой причины необходимо предрасположеніе жировой ткани, соотвѣтствующій діатезъ. Предрасположеніе это можетъ быть врожденнымъ, или наслѣдственнымъ, но можетъ быть и пріобрѣтеннымъ. Здѣсь онъ считаетъ несомнѣннымъ вліяніе богатой жиромъ пищи, а также пива и водки, тѣмъ болѣе, что частота липомъ увеличивается съ возрастомъ. Мѣстной причиной онъ считаетъ какой-нибудь раздражитель, который возбуждаетъ клѣтки и способствуетъ болѣе сильному росту ихъ. Для множественныхъ липомъ, а также для ряда другихъ (липомы грыжевыхъ мѣшковъ, сальника), по его мнѣнію, въ роли такого раздражителя является мѣстный воспалительный процессъ.

Воспалительная основа всѣхъ опухолей была, какъ теорія, яснѣе всего формулирована Broussais. Въ ея пользу высказались въ 1881 году Fermad и въ 1883 году Le Clerc. Въ новѣйшее время эта теорія въ измѣненномъ видѣ опять находитъ себѣ послѣдователей, напримѣръ, Ricard, Delbet (1901) и другіе, на что указано будетъ ниже.

Въ противоположность Virchow'y, Cohnheim основной причиной опухолей считаетъ наличность оставшихся зародышевыхъ зачатковъ, которые могутъ начать разрастаться подъ вліяніемъ самыхъ разнообразныхъ причинъ. Примыкая къ этому, v. Recklinghausen указалъ на отшнурованіе жировыхъ зачатковъ при spina bifida, а Askanazy допустилъ возможность такого отшнурованія въ описанныхъ имъ

множественныхъ липомахъ, развившихся въ лимфатическихъ железахъ.

Въ 1887 году Grosch высказалъ мысль, что предрасположеніе къ образованію липомъ стоитъ въ обратномъ отношеніи къ богатству кожи сальными и потовыми железами, т. е. что липомы, собственно говоря, эффектъ недостаточной секреціи железистыхъ органовъ кожи. Въ дополненіе къ этому взгляду Koettnitz въ 1894 г. считалъ возможнымъ для нѣкоторыхъ случаевъ допустить наличность трофонейроза кожи центральнаго происхожденія, исходящій изъ центровъ, регулирующихъ секрецію кожныхъ железъ. Оставляя въ сторонѣ высказанныя различными другими авторами опроверженія этой: „железистой теоріи", мы вспомнимъ лишь соображеніе Payr'a, который тогда же указалъ, что обычное отсутствіе рецидивовъ послѣ удаленія липомъ достаточно говоритъ противъ этой теоріи.

Нѣкоторые связываютъ появленіе липомъ съ разнообразными измѣненіями щитовидной железы: Madelung и Blizard-Curling имѣютъ въ виду полное ея отсутствіе, Klaussner отсутствіе части ея, Payr увеличеніе железы, Koettnitz струму, Hutchinson измѣненія при Базедовой болѣзни, Askanazy саркому ея и т. д. Однако измѣненія со стороны щитовидной железы наблюдаются далеко не во всѣхъ случаяхъ развитія липомъ, такъ что значеніе ихъ въ этіологіи липомъ, повидимому, сомнительно.

Robinson, Blaschko и Зеренинъ указываютъ на наслѣдственность липомъ.

Французскіе авторы придаютъ громадное значеніе хроническимъ раздражителямъ, ревматизму, нервнымъ вліяніямъ, частымъ травмамъ.

Unna указалъ на усиленный застой богатой жиромъ лимфы или на повышенный подвозъ жира изъ ближайшихъ органовъ, какъ на причины образованія липомъ.

На значеніе мѣстныхъ застоевъ кровообращенія вообще указалъ Schwarz и особенно Dertinger. Послѣдній пишетъ: „Можно считать, что наступающая вслѣдствіе воспаленія венозная гиперемія часто обусловливаетъ увеличеніе роста жировой ткани".

Не останавливаясь на рядѣ другихъ теорій образованія липомъ (связь съ нервными оболочками, съ климактеріемъ и т. д.) мы обратимъ вниманіе на значеніе воспаленія и венозной

гипереміи, являющихся раздражителями, могущими обусловить развитіе жировыхъ опухолей. Это значеніе, на которое указывалъ еще Virchow, сдѣлалось предметомъ обстоятельнаго изученія въ диссертаціи Hérisson. Онъ, на основаніи разбора своего случая считаетъ, что громадныя ретроперитонеальныя опухоли являются не истинными новообразованіями, но результатомъ медленно протекающаго хроническаго воспалительнаго процесса, причины котораго въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ могутъ быть разныя. Это мнѣніе онъ считаетъ допустимымъ особенно потому, что при микроскопическомъ изслѣдованіи своего случая онъ могъ ясно констатировать наличность измѣненій, характерныхъ для хроническаго воспаленія. Вполнѣ присоединяясь къ этому взгляду, мы однако считаемъ возможнымъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ признаки бывшаго воспаленія могутъ сгладиться, а затѣмъ исчезнуть, а потому при микроскопическомъ изслѣдованіи оказаться мало выраженными или даже остаться необнаруженными. Такъ въ обоихъ случаяхъ Chiari наличность воспалительныхъ явленій категорически отрицается, въ нашихъ же случаяхъ воспалительныя явленія были найдены незначительно выраженными. Но во всѣхъ пяти случаяхъ мы констатировали рѣзкое малокровіе и глубокія измѣненія въ большихъ железахъ полости живота. Рѣзкое малокровіе и вообще кахектичное состояніе отмѣчено также почти во всѣхъ случаяхъ наблюдавшихся ретроперитонеальныхъ липомъ, причемъ большинство авторовъ склонно считать эту анемію прямымъ послѣдствіемъ развитія опухоли, съ каковымъ взглядомъ однако трудно согласиться. Относительно измѣненій въ другихъ органахъ (печени, селезенкѣ) свѣдѣній, подобныхъ отмѣченнымъ нами, ни въ одномъ случаѣ не имѣется, такъ какъ на эти измѣненія, вѣроятно, не обращали вниманія. Въ собранныхъ нами пяти случаяхъ мы хотѣли бы найти связь между измѣненіями печени и селезенки, являющимися безспорно хронически воспалительными, и общей анеміей и развитіемъ ретроректальной липомы и высказать предположеніе о томъ, что всѣ эти процессы являются слѣдствіемъ одной, пока неизвѣстной, причины. Намъ представляется, что первоначально поражаются печень или селезенка, затѣмъ появляются неизбѣжно съ этимъ связанныя измѣненія въ кровообращеніи, сильнѣе всего отражающіяся въ полости живота, а еще больше въ области малаго таза. Измѣненія же въ составѣ крови уже сами по себѣ, а тѣмъ болѣе въ виду имѣющейся хро-

нической венозной гипереміи, ставятъ жировую ткань въ необычныя условія обмѣна и такимъ образомъ, быть можетъ, обусловливаютъ измѣненія въ ея обычномъ ростѣ.

Локализацію липомъ какъ разъ въ ретроректальномъ пространствѣ можно, по примѣру Chiari, объяснить при помощи теоріи Schein'a. Послѣдній однимъ изъ существенныхъ моментовъ для разрастанія жировой ткани считаетъ ея раздраженіе, вызываемое колебаніями давленія въ заключающемъ разросшуюся ткань пространствѣ. Прямая кишка, періодически растягивающаяся, естественно ставитъ окружающую клѣтчатку, ограниченную снаружи мало податливыми стѣнками, въ періодически мѣняющіяся условія давленія.

Вкратцѣ резюмируя вышеизложенное, мы позволимъ себѣ придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Липомы ретроректальнаго пространства встрѣчаются самостоятельно и являются сравнительно рѣдкимъ подвидомъ липомъ ретроперитонеальнаго пространства.

2. Липомы ретроректальнаго пространства могутъ, несмотря на значительную величину, протекать безъ всякихъ клиническихъ явленій.

3. Липомы ретроректальнаго пространства и сопутствующія имъ воспалительныя измѣненія въ печени и селезенкѣ, которыя намъ удалось отмѣтить во всѣхъ пяти приведенныхъ случаяхъ, по всей вѣроятности, находятся въ какой-то, пока ближе неизвѣстной, генетической связи.

4. Если эта точка зрѣнія оправдается на дальнѣйшихъ наблюденіяхъ, то липомы ретроректальнаго, а также ретроперитонеальнаго пространствъ придется выдѣлить изъ отдѣла истинныхъ новообразованій.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить свою искреннюю благодарность глубокоуважаемымъ учителю своему Профессору Дмитрію Павловичу Кишенскому и Приватъ-Доценту Іосифу Фомичу Пожарискому за предоставленные для описанія случаи и помощь при выполненіи работы.

———

Указатель литературы.

Adami. Montréal med. Journal. 1897. январь. p. 529 и февраль, p. 620. по реф.

Adami и Gardner. Montréal med. Journ. 1900. іюнь. по реф.

Askanazy. Zur Entstehung der multiplen Lipome. Virchow's Archiv. 1899. Bd. 158. p. 407—425.

Belkowsky. Revue médicale de la Suisse Romande. 1893. t. XIII. p. 431. по реф.

Blaschko. Eine seltene erbliche Lipombildung. Virchow's Archiv. 1891. Bd. 124. p. 175.

Blizard-Curling Thomas. Medico-chir. Transactions. 1850. Vol. XXXIII. p. 103. по реф.

Broussais. См. Le-Clerc.

Buth. Ueber einen Fall von retrorectalem Fibrolipomyxom. In. Diss. 1904. Berlin. p. 1—28.

Büttner. In. Diss. Leipzig. 1894. по реф.

Chavannaz. Revue mens. d'Obst. et de Gynec. de Bordeaux. 1900. p. 57. по реф.

Chiari. Zur Kenntniss der Lipome im kleinen Becken. Verhandl. der deutsch. path. Ges. V. Tagung. 1902. p. 376—382.

Cohnheim. Общая патологія. 1878.

Dalziel. A large retroperitoneal lipoma from a child. Edinbg. Journal. Oct. 1898; Glasgow med. Journal. 1898. t. XLIX. p. 372. по реф.

Delbet. Sur les tumeurs fibreuses du cou. Bull. de la soc. de chirurgie. 1901. p. 807. по реф.

Dertinger. Ueber tiefsitzende Lipome. Beitr. v. Bruns. 1903. Bd. 38.

Dreschfeld. Trans path. Soc. of London. 1880. p. 287. по реф.

Дьяконовъ, Рейнъ, Лысенковъ и Напалковъ. Лекціи топограф. анатоміи и оперативной хирургіи. 1908.

Fermad. Some comments on the paper: „The etiology of tumors". Philadelphia med. Times. 1881. Dec. 31. p. 197. по реф.

Grosch. Studien über das Lipom. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1887. Bd. 26. p. 307.

Heinricius. Ueber retroperitoneale Lipome. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1900. Bd. 56. p. 579 — 609. Содержитъ перечень литературы.

Hérisson. Les lipomes rétropéritonéaux. Thése de Paris. 1909. p. 1—102. Содержитъ перечень литературы.

Homans. Two cases of immense fatty tumours by abdominal section. Lancet. 1883. I. March 15. p. 449; Boston med. a. surg. Journal. 1883. I. March 17. p. 241. по реф.

Hutchinson. 1877. См. Payr.

Зеренинъ. Centralbl. f. Chir. 1901. p. 1018.

Johnstone. Amer. Journ. of the med. Assoc. 1904. p. 1192. по реф.

Joessel и Waldeyer. Lehrbuch der topographisch chirurgischen Anatomie. 1899. Bd. II.

Josephson. Om retroperitoneala fettsvulster. Hygiaea. 1895. II. p. 401. по реф.

Kay. Case of rare pelvic tumour in a child of four years. Glasgow med. Journ. 1908. August. по реф.

Klaussner. Münch. med. Wochenschr. 1895. p. 348.

Koettnitz. Ueber symmetrisches Auftreten von Lipomen. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1894. Bd. 38. p. 75.

Kouwer. Een geval van lipoma retroperitoneale. Nederl. Tijidschr. voor Geneesk. 1893. № 6. по реф.

Laroyenne. Lipome du mésentère. Gaz des Hôp. de Toulouse. 1895. p. 292. по реф.

Lauwers. Lipome du mésentère, ablation, guérison. Bull. de l'acad. de médecine belge. 1891. p. 311. по реф.

Le-Clerc. Contusion et néoplasmes. De la prédisposition aux tumeurs Thèse de Paris. 1883. по реф.

Lejars. Myxo-lipome diffus du mésentère et des mesocolons. Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris. 1898. T. 24. p. 449. по реф.

Lobstein. Traité d'anatomie pathologique. 1829. по реф.

Madelung. Exstirpation eines vom Mesenterium ausgehenden Lipoma oedematosum myxomatodes mit partieller Resection des Dünndarms—Heilung. Berl. klin. Woch. 1881. № 6. p. 75 и № 7. p. 93.

Онъ-же. Ueber den Fetthals. Lang. Archiv. Bd. 37. p 106. по реф.

Marek. Retroperitoneale Tumoren. Ctb. f. Gynäkol. 1910. p. 512—515.

Merkel. Handbuch d. topographischen Anatomie. 1899. Bd. II. p. 480.

Michel. Lipome des Bauches. Ctb. f. Gyn. 1904. p. 1201—1215.

Morgagni. De sedibus et causis morborum. 1779. t. II. epist. XXXIX, 5. p. 317. по реф.

Payr. Beitrag zur Lehre von den multiplen u. symmetrischen Lipomen. Wien. klin. Woch. 1895. № 42, 43 и 44.

Péan. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1880. t. I. p. 1129. по реф.

Pick. Transact. pathol. Soc. of London. 1869. vol. XX. p. 337. по реф.

Ponfick. Discussion. Verhandl. d. deutsch. pathol. Ges. V. Tagung. 1902. p. 383.

Poirier et Charpy. Traité d'anatomie humaine. 1901. t. IV.

Quénu et Hartmann. Chirurgie du rectum. Paris. 1895.

Ricard. См. Delbet.

Robinson. Демонстрація въ Hunterian Society. Lancet. 1891. Vol. I. p. 1105. по реф.

Roux. Semaine médicale. 1893. p. 159. по реф.

Schein. Ueber des Wachsthum des Fettgewebes. Wiener klin. Woch. 1898. № 38. p. 672—675.

Schiller. См. Josephson.

Schwarz. См. Michel.

Terrier et Guillemain. Note sur les lipomes rétropéritonéaux. Revue de chirurgie. 1892. p. 747—755.

Testut et Jacob. Traité d'anatomie topographique. 1905. t. II. p. 351, p. 562.

Tillmann. Exstirpation af en från venstra njurkapseln utgaende 10 kg. vägande tumör. Hygiaea. 1892. I. p. 277. по реф.

Unna. См. Dertinger.

Virchow. Die krankhaften Geschwülste. 1863. Bd. I. p.364—395.

Voelckler. Zur Kenntniss der retroperitonealen Lipome. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1909. Bd. 98. p. 149 — 187. Содержитъ перечень литературы, дополняющій перечень Heinricius'a.

Wiglesworth. On a case of an enormous myxolipomatous tumor within the abdomen. Lancet. 1883. Vol. II. p. 1121. по реф.

Witzel. Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1886. Bd. 24. p. 326. по реф.

Объясненіе рисунковъ.

(Автотипіи исполнены съ фотографическихъ снимковъ).

Рис. 1. Рисунокъ представляетъ прямую кишку съ жировой опухолью изъ случая II (см. описаніе стр. 13), вскрытыя сзади по средней линіи. Посреди раскрытая прямая кишка, на слизистой которой виденъ небольшой полипъ; по бокамъ разрѣзы жировика, клинообразно съуживающагося къ низу.

Рис. 2. Видна прямая кишка съ жировою опухолью изъ случая III (см. описаніе стр. 17), вскрытыя сзади по средней линіи. Прямая кишка раскрыта, слизистая ея рѣзко складчата; по бокамъ кишки разрѣзы жировой опухоли, въ видѣ клина съуживающейся къ низу.

Рис. 1

Рис. 2.

И. Е. Корнманъ. Къ вопросу о ретроректальныхъ липомахъ.

Цинк. Новакъ и Побуда, Одесса.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
OCT 13
LIBRARY